

Anzeige über den Dienstunfall eines Beamten (vom Dienstherrn auszufüllen)

Versorgungskasse Oldenburg
Nadorster Str. 155
26123 Oldenburg

Mitglied der Versorgungskasse

Absender	
Auskunft erteilt	
Aktenzeichen	Datum
Telefon	
E-Mail	

Hinweise:

Der Unfall ist unverzüglich der Versorgungskasse anzuzeigen. Es ist darauf zu achten, dass **vollständige** Angaben gemacht werden – ggf. ausführliche Berichte auf Extrabogen beifügen. Todesfälle und schwere Unfälle sind außerdem sofort telefonisch unter 0441 – 21895 503 zu melden. Die schriftliche Anzeige ist unverzüglich nachzureichen. §§ 34, 35 der Satzung der VKO

Allgemeine Angaben

Name, Vorname der/des Verletzten:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Amtsbezeichnung:
Genauere Anschrift der Dienststelle in der die/der Beamtin/Beamte am Unfalltag tätig war bzw. tätig gewesen wäre? (Anschrift):	

Angaben zum Unfall

Datum und Uhrzeit des Unfalls:	Unfallstelle (genaue Bezeichnung):
Welche Beschäftigung hat die/der Beamtin/Beamte zum Unfallzeitpunkt ausgeübt?	

Folgen des Unfalls:

Welche Körperteile sind verletzt? (rechts und links unterscheiden)	Art der Verletzung: (z.B. Knochenbruch, Verrenkung usw.).
Haben bereits vor dem Unfall Vorschäden vorgelegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	Hat der Beamte die Arbeit sofort eingestellt bzw. wann?
Hat der Verletzte anlagebedingte Leiden, Vorerkrankungen oder Verletzungen, die durch den Unfall verschlimmert wurden oder ist der Körperschaden durch eine Vorerkrankung (mit-) verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____
Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____
Ist der Verunfallte in einem Krankenhaus untergebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Detaillierte Schilderung des Unfallhergangs (**bei Wegeunfällen Zusatzblatt beachten**). Falls ein Kraftfahrzeug am Unfall beteiligt war, bitte Name und Anschrift des Kraftfahrzeugführers sowie des Halters des Fahrzeuges und das amtliche Kennzeichen angeben.

Sonstige Angaben	
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht. Ggf. Name und Anschrift des Schädigers und seiner Versicherung mit Versicherungs- /Schadenummer angeben <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____
Hat eine Polizeidienststelle den Unfall aufgenommen? Ggf. welche, und falls bekannt: Tagebuch Nr.: <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____
Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren oder ein Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetzes anhängig? Ggf. wo, gegen wen und mit welchem Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____
Gibt es Zeugen des Unfallgeschehens? Name, Anschrift, Tel.Nr.: <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____
Krankenkasse des Verletzten - Name und Anschrift - Wurde der Unfall der Krankenkasse gemeldet? <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____

Erklärung und Hinweise

Als Verletzter entbinde ich meine Krankenkasse bzw. Krankenversicherung und die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht hinsichtlich Art und Umfang der Verletzungen sowie der Erkrankung vor dem Unfall, soweit dies für Entscheidungen im Verfahren zum Dienstunfall und zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich ist.

Zusätzliche Erklärung bei Verletzten, die nicht Beamte sind:

Ich trete gesetzliche Schadenersatzansprüche, die mir infolge der Körperverletzung gegen den Schädiger zustehen, insoweit an die Versorgungskasse ab, als diese während einer auf der Körperverletzung beruhenden Aufhebung der Dienstfähigkeit oder infolge der Körperverletzung zur Gewährung von Leistungen verpflichtet ist. Die Abtretung erstreckt sich auch auf gesetzliche Schadenersatzansprüche wegen der Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Heil-, Hilfsmitteln oder Körperersatzstücken sowie auf Erstattungsansprüche; im Übrigen auch auf noch nicht anerkannte oder gerichtlich festgestellte Ansprüche gegen den Schädiger.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Datum	Unterschrift des Verletzten

Datum	Unterschrift des Dienstherrn

Zusatzangaben bei Wegeunfällen	
Startort und -zeit:	Zielort und Ankunftszeit:
Wie wurde der Weg zurückgelegt (z.B. zu Fuß, privates KfZ, öffentliche Verkehrsmittel)?	Welcher Weg wird gewöhnlich benutzt (kurze Beschreibung)
Liegt die Unfallstelle auf dem zwischen Start- und Zielort gewöhnlich benutzten Weg? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Warum wurde ein Umweg gemacht und wie lange dauerte dieser?
Wurde der Weg zwischen Start- und Zielort unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____	Warum wurde der Weg unterbrochen (z.B. zum Besuch einer Gaststätte, eines Geschäfts), aus sonstigem privaten Anlass)? Wie lange dauerte die Unterbrechung?
Sonstige Angaben, die zur Beurteilung des Sachverhalts von wesentlicher Bedeutung sind (z.B. Fahrgemeinschaft)	